

الحمد لله
! البرحمين



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

دانشکده پیراپزشکی

گروه علوم کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی

پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد

بررسی سطح سواد سلامت و میزان خوانایی منابع آموزشی در دسترس بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به

مراکز بهداشتی درمانی شهر شیراز

استاد راهنما: دکتر عبدالرسول خسروی

استادان مشاور:

دکتر شعله ارسطوپور

دکتر رحیم طهماسبی

تهیه و تنظیم: خدیجه احمدزاده

۱۳۹۲

تقديم به

پويندگان راه دانايي

سپاس بی دریغ نثار :

جناب آقای دکتر اکبرزاده که در تمام لحظات سخت با سخنان دلگرم کننده مرا به ادامه راه تشویق کردند.

جناب آقای دکتر خسروی که مرا تشویق به فرارفتن از آنچه از خود انتظار داشتم کردند. راهنمایی‌ها، صبر و اشتیاق ایشان به کار بخشی ارزشمند از آموزش من بود.

سرکار خانم دکتر ارسطوپور، که با مشاوره‌های علمی مرا در پیشرفت کار کمک کردند.

جناب آقای دکتر طهماسبی، که با به اشتراک گذاشتن دانش‌شان با من، در پیمودن این مسیر مرا یاری کردند.

استادان عزیز و کارمندان دانشگاه علوم پزشکی بوشهر که در طول این سه سال با مهربانی، خونگرمی و مهمان‌نوازی خود، باعث شدند بوشهر را چون خانه خودم احساس کنم.

بیماران دیابتی شهر شیراز که صبورانه، مهربانانه و مشتاقانه مرا یاری کردند.

و پدر و مادر و خانواده ام که در تمام طول زندگی پشتیبان و مشوق من بوده‌اند.

چکیده

هدف: سواد سلامت، ظرفیت افراد برای کسب، پردازش و درک اطلاعات و خدمات بهداشتی پایه مورد نیاز برای تصمیم‌گیری‌های مناسب بهداشتی تعریف شده است. افراد با سواد سلامت پایین اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه شده توسط متخصصان حرفه سلامت را درک نمی‌کنند، به دستورات دارویی به درستی عمل نمی‌کنند و در نتیجه وضعیت سلامت ضعیف‌تر، بیماری‌های مزمن و هزینه‌های درمان بیشتری را متحمل می‌شوند. یکی از عوامل مؤثر در بالا بردن سطح سواد سلامت، منابع آموزش به بیمار است. این منابع افراد را در انجام رفتارهای بهداشتی و خودمراقبتی یاری می‌دهند و زمانی اثربخش هستند که برای بیماران قابل درک باشد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف ارزیابی هم‌زمان سطح سواد سلامت بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر شیراز و خوانایی منابع آموزشی در دسترس این بیماران انجام شده است.

روش شناسی: پژوهش حاضر از نوع پیمایشی با رویکرد توصیفی است که به توصیف سطح سواد سلامت ۴۰۰ بیمار دیابتی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر شیراز که از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، می‌پردازد. اطلاعات این بخش با استفاده از آزمون سواد سلامت عملکردی بزرگسالان به دست آمد. برای ارزیابی خوانایی از روش تحلیل محتوا استفاده شد و خوانایی ۲۲ منبع آموزش به بیمار که بیماران شرکت‌کننده در پژوهش، مطالعه کرده بودند ارزیابی شد. برای ارزیابی خوانایی از شاخص فلش‌دیانی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS²⁰ و آزمون‌های آماری تی مستقل، همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس یک‌طرفه، در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که سواد سلامت بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر شیراز با میانگین ۶۶/۱ در سطح مرزی قرار دارد. خوانایی منابع نیز نشان داد که متوسط خوانایی منابع در دسترس این بیماران ۴۰ است. این سطح از خوانایی نشان‌دهنده این است که این منابع برای افرادی دارای تحصیلات سال‌های اول و دوم دانشگاه متناسب است.

نتیجه: به طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان داد که بیشتر بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر شیراز از سطح سواد سلامت کافی برخوردار نیستند و منابع آموزشی که در اختیار این بیماران قرار داده می‌شود، نیز متناسب با درک بیماران نیست. بیماران با این سطح سواد قادر به درک متونی که پایین‌تر از سطح دوره راهنمایی نوشته شده است، هستند. این نتیجه ضرورت توجه به سواد سلامت را نشان می‌دهد. با تهیه و تدوین منابع آموزشی ساده و قابل فهم منابع برای این بیماران می‌توان گامی جدی در ارتقای سواد سلامت و کاهش اثرات زیان‌بار سواد سلامت پایین برداشت.

کلیدواژه‌ها: بیماران دیابتی، خوانایی، سواد سلامت، منابع آموزش به بیمار.

فهرست مندرجات

فصل اول: کلیات پژوهش

۱. بیان مسأله.....	۲
۱-۱. مقدمه.....	۲
۲-۱. تعریف مسأله.....	۴
۳-۱. ضرورت اجرای پژوهش.....	۶
۴-۱. هدف‌های پژوهش.....	۷
۵-۱. سؤال‌های پژوهش.....	۸
۶-۱. فرضیه پژوهش.....	۹
۷-۱. تعریف‌های عملیاتی مفاهیم پژوهش.....	۹

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش

۲. بنیان‌های نظری پژوهش.....	۱۲
۱-۲. مقدمه.....	۱۲
۱-۱-۲. سواد.....	۱۲
۱-۲-۲. سطوح سواد.....	۱۳
۱-۳-۲. انواع سواد.....	۱۵
۱-۴-۲. سواد سلامت در گذر زمان.....	۱۶
۱-۵-۲. تعریف‌های سواد سلامت.....	۱۶
۱-۶-۲. مؤلفه‌های سواد سلامت.....	۱۹
۱-۷-۲. مهارت‌های مورد نیاز سواد سلامت.....	۲۱
۱-۷-۹. عوامل مؤثر بر سواد سلامت.....	۲۲
۱-۸-۲. ابزار توسعه سواد سلامت.....	۲۴
۱-۱۰-۲. خوانایی.....	۲۷
۱-۱۱-۲. متغیرهای مؤثر بر خوانایی.....	۲۸
۱-۱۱-۱-۲. ویژگی‌های خواننده.....	۲۹
۱-۱۱-۲-۲. متغیرهای متن.....	۳۰
۱-۱۲-۲. تاریخچه خوانایی.....	۳۵
۱-۱۳-۲. جمع‌بندی مبانی نظری.....	۳۷
۲-۲. مروری بر پژوهش‌های مشابه گذشته در داخل و خارج از ایران.....	۳۸
۲-۱-۲. پژوهش‌های انجام شده در خارج کشور.....	۳۸
۲-۱-۱-۲. سواد سلامت.....	۳۹
۲-۱-۱-۲. پژوهش‌های ارزیابی سطح خوانایی.....	۴۴
۲-۲-۲. پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور.....	۵۰

۵۰	۲-۲.۱.۲. سواد سلامت.....
۵۱	۲-۲.۲.۲. حوزه خوانایی.....
۵۲	۲-۲.۳. استنتاج از مرور نوشتارها.....

فصل سوم: روش شناسی پژوهش

۵۴	۳- روش شناسی پژوهش.....
۵۴	۳-۱. مقدمه.....
۵۴	۳-۲. روش شناسی پژوهش.....
۵۴	۳-۳. جامعه پژوهش و حجم نمونه.....
۵۵	۳-۴. روش محاسبه حجم نمونه و تعداد آن.....
۵۵	۳-۵. ابزارها و مراحل گردآوری اطلاعات.....
۵۶	۳-۵.۱. آزمون سواد سلامت عملکردی بزرگسالان.....
۵۷	۳-۵.۲. شاخص فلش دیانی.....
۵۸	۳-۶. روایی و پایایی ابزارهای گردآوری اطلاعات.....
۵۸	۳-۶.۱. روایی.....
۵۹	۳-۶.۲. پایایی.....
۵۹	۳-۷. فرآیند گردآوری داده‌ها.....
۶۱	۳-۸. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها.....

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل یافته‌ها

۶۳	۴- نتایج پژوهش.....
۶۳	۴-۱. مقدمه.....
۶۴	۴-۲. توصیف متغیرهای مورد مطالعه.....
۶۵	۴-۳. اطلاعات جمعیت‌شناختی.....
۶۹	۴-۴. پاسخ به سؤال‌های اصلی پژوهش.....
۷۷	۴-۵. آزمون فرضیه‌های پژوهش.....
۱۳	۴-۶. خلاصه یافته‌های پژوهش.....

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۸۶	۵- بحث و نتیجه‌گیری.....
----	--------------------------

۱-۵	مقدمه	۸۶
۲-۵	خلاصه یافته‌ها	۸۶
۳-۵	بحث و نتیجه‌گیری	۹۱
۴-۵	پیشنهادهای	۹۶
۴-۱-۵	پیشنهادهای کاربردی پژوهش	۹۶
۴-۱-۱-۵	پیشنهادهای کاربردی برای کتابداران	۹۶
۴-۱-۲-۵	پیشنهادهای کاربردی برای ارائه دهندگان اطلاعات سلامت	۹۸
۴-۱-۳-۵	پیشنهادهای کاربردی برای مسئولان و برنامه ریزان درسی	۹۹
۴-۲-۵	پیشنهادهایی برای پژوهش‌ها و مطالعه‌های آینده	۱۰۰
۵-۵	محدودیت‌های اجرای پژوهش	۱۰۰
۱۰۱	فهرست منابع	
۱۰۱	منابع فارسی	
۱۰۳	منابع انگلیسی	
۱۰۹	پیوست	

فهرست جداول

۱-۳	تفسیر نمره آزمون سواد سلامت عملکردی بزرگسالان	۵۷
۲-۳	تفسیر نمره شاخص سادگی خواندن فلش‌دیانی	۵۸
۱-۴	ویژگی‌های متغیرهای مورد بررسی در پژوهش	۶۴
۲-۴	سن و سابقه ابتلا به بیماری بر حسب سال در بیماران دیابتی شرکت‌کننده در پژوهش	۶۵
۳-۴	جنسیت، تحصیلات، شغل و سابقه ابتلا به بیماری در خانواده	۶۶
۴-۴	توزیع فراوانی و فراوانی نسبی عضویت در انجمن و کلاس‌های آموزشی به تفکیک جنسیت	۶۷
۵-۴	توزیع فراوانی و فراوانی نسبی دسترسی به منابع و دیدگاه بیماران نسبت به منابع به تفکیک جنسیت	۶۸
۳-۴-۶	دیدگاه بیماران درباره مراجعه به پزشک و کیفیت اطلاعات پزشک به تفکیک جنسیت، تحصیلات و شغل	۶۹
۷-۴	توزیع فراوانی و فراوانی نسبی بیماران بر حسب نوع منبع اطلاعاتی	۷۰
۸-۴	وضعیت سطوح سواد سلامت بیماران به تفکیک جنس، تحصیلات و شغل بیماران	۷۲
۹-۴	شاخص‌های توصیفی نمره‌های دریافتی سواد سلامت و ابعاد آن به تفکیک جنس، تحصیلات و شغل بیماران	۷۳
۱۰-۴	خوانایی منابع با استفاده از شاخص فلش‌دیانی به تفکیک نوع و قالب منبع	۷۴
۱۱-۴	تفسیر نتایج سطوح سواد سلامت	۷۵
۱۲-۴	ضرایب همبستگی سواد سلامت و ابعاد آن با سن	۷۷
۱۳-۴	ضرایب همبستگی سواد سلامت و ابعاد آن با سابقه ابتلا به بیماری	۷۸
۱۴-۴	مقایسه سواد سلامت و ابعاد آن بر حسب جنسیت	۷۹
۱۵-۴	مقایسه میانگین سواد سلامت در سطوح مختلف تحصیلات بیماران	۸۰
۱۶-۴	مقایسه میانگین سواد سلامت و ابعاد آن در بیماران بر حسب محل سکونت	۸۱

- جدول ۴-۱۷. مقایسه میانگین سواد سلامت به تفکیک شغل ۸۱
- جدول ۴-۱۸. مقایسه میانگین سواد سلامت و ابعاد آن در بیماران عضو و غیر عضو انجمن دیابت ۸۲
- جدول ۴-۱۹. مقایسه میانگین نمره سواد سلامت و منبع اطلاعاتی مورد استفاده بیماران ۸۳

فصل اول

کلیات پژوهش

۱. بیان مسأله

۱-۱. مقدمه

همه انسان‌ها نسبت به سلامت خود حساس هستند و در کسب اطلاعات برای حفظ تندرستی و سلامت خویش تلاش می‌کنند. آن‌ها گاه به صورت فعال با جستجو در منابع اطلاعاتی موجود در کتابخانه و یا از طریق جستجو در اینترنت یا مطالعه مجله‌ها و روزنامه‌ها به اطلاعات مورد نیاز خود دست می‌یابند. گاهی وقت‌ها نیز به صورت مستقیم اقدام به جستجوی اطلاعات نکرده و به صورت غیرفعال این اطلاعات را از دوستان خود یا رسانه‌های ارتباط جمعی همچون تلویزیون، رادیو و مانند آن به دست می‌آورند. این اطلاعات به آن‌ها کمک می‌کند تا در حفظ سلامت و تندرستی خود به ویژه در پیشگیری از بیماری‌ها بکوشند. به طور کلی، این دسته اطلاعات باعث بالا رفتن کیفیت زندگی می‌شود. به این شکل که هنگام مواجه شدن با بیماری، این اطلاعات به بیماران کمک می‌کند تا اضطراب کمتری را تجربه کرده و قادر به شرکت در برنامه‌های مراقبت بهداشتی بوده و در نهایت استقلال خود را در فعالیت‌های روزانه به دست آورند (هکاری و محمدزاده، ۱۳۸۹).

در گذشته بیماران و افراد عادی نمی‌توانستند اطلاعات پزشکی را به راحتی به دست بیاورند؛ چرا که این اطلاعات فقط در اختیار متخصصان حرفه سلامت قرار داشت. آن‌زمان پزشکان در تصمیم‌گیری‌های درمانی نقش اصلی را داشته و بیمار فقط دریافت‌کننده درمان به شمار می‌آمد. چون عقیده بر این بود که بیماران فقط باید از دستورات پزشک پیروی کنند و اطلاعات پزشکی ممکن است باعث سردرگمی آنان و حتی بروز اشتباه شود. بنابراین علاوه بر این‌که اطلاعات در دسترس بیماران قرار نمی‌گرفت، به کتابداران نیز توصیه می‌شد که اطلاعات را در اختیار بیماران و افراد عادی قرار ندهند (Collins & Sasser, 1998).

در دهه‌های اخیر تقاضا برای دسترسی به اطلاعات افزایش یافته است و به مدد فن‌آوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی افراد جوینده اطلاعات نیز راحت‌تر می‌توانند به این اطلاعات دسترسی داشته باشند. مهم‌ترین دلایل افزایش این تقاضاها را می‌توان این‌گونه برشمرد:

۱- جنبش‌هایی که بر استقلال بیمار تاکید داشته و منجر به تصویب بیانیه حقوق بیمار در سال ۱۹۶۰ شد؛ این جنبش‌ها باعث شدند دسترسی بیمار به اطلاعات ضروری به صورت ساده و قابل فهم در خصوص روش درمان و مشارکت در انتخاب شیوه نهایی درمان یکی از حقوق آنان قلمداد شود (Charles, Gafni, & Whelan, 1997)؛

۲- دولت‌ها به داشتن بیمارانی آگاه تمایل داشتند؛

۳- خدمات بهداشتی از بیمارستان‌ها به منازل انتقال یافت و در نتیجه نیاز به آموزش بیمار و کسانی که از بیمار مراقبت می‌کنند، بوجود آمد؛

۴- شیوه‌های درمان جایگزین و به دنبال آن استقبال از به دست آوردن اطلاعات در این زمینه بوجود آمد؛

۵- تمایل به خودمراقبتی افزایش یافت. خودمراقبتی شامل مجموعه رفتارهای آموخته‌شده، آگاهانه و هدف‌دار است که مردم برای حفظ سلامت خود، فرزندان و خانواده خود انجام می‌دهند. این رفتارها کمک می‌کند تا افراد:

الف. تندرست بمانند و از سلامت ذهنی و جسمی خود نگهداری کنند؛

ب. بتوانند نیازهای اجتماعی و روانی خود را برآورده کنند؛

ج. از بیماری یا حوادث پیشگیری کنند؛

د. در ناخوشی‌ها یا وضعیت‌های مزمن از خود مراقبت کنند؛

ه. بعد از بیماری حاد و یا ترخیص از بیمارستان نیز سلامت خود را حفظ کنند.

۶- رشد سریع اینترنت و قرارگرفتن اطلاعات پزشکی به زبان ساده روی وب، دسترسی به اطلاعات پزشکی برای همه اقشار جامعه را امکان‌پذیر ساخته است (Collins & Sasser, 1998).

علاوه بر موارد بیان شده، علم پزشکی نیز در صد سال اخیر پیشرفت‌های زیادی، هم از لحاظ دانش نوین و اختراع و بهره‌گیری از فن‌آوری‌های جدید و هم از نظر توسعه شیوه‌های درمانی نوین داشته است. به این دلیل نیاز است که بیمار در مورد بیماری خود، روش‌های درمانی و عوارض هر کدام از درمان‌ها اطلاعات کامل داشته باشد تا بر مبنای این اطلاعات در تصمیم‌گیری آگاهانه برای انتخاب بهترین شیوه درمان مشارکت کند. بر این اساس یکی از مهم‌ترین نیازهای بیماران کسب اطلاعات مناسب در خصوص بیماری، شناسایی و افزایش دانش خود درباره انواع شیوه‌های درمانی، مزایا و عوارض هر شیوه و آگاهی درباره مراقبت‌های بعد از درمان می‌باشد. از این‌رو، بیماران در راستای رفع نیازهای اطلاعاتی خود باید سواد سلامت^۱ خود را افزایش دهند. بنابراین در سال‌های اخیر مفهوم سواد سلامت مورد توجه بسیاری از پژوهشگران و مراکز بهداشتی‌درمانی قرار گرفته است. سواد سلامت این‌گونه تعریف شده است: ظرفیت افراد برای کسب، پردازش و درک اطلاعات و خدمات بهداشتی پایه مورد نیاز برای تصمیم‌گیری‌های مناسب بهداشتی (Zarcadoolas, Pleasant, & Greer, 2005).

۱-۲. تعریف مسأله

نظام‌های بهداشتی نوین انتظارات پیچیده‌ای از بیماران دارند و از آن‌ها می‌خواهند تا نقش‌های جدیدی در جستجوی اطلاعات، درک حقوق و مسئولیت‌ها و شرکت در تصمیم‌گیری برای خود و دیگران بر عهده گیرند. زیر بنای این تقاضاها مهارت و دانش افراد است (رئیزی، مصطفوی، حسن‌زاده و شریفی‌راد، ۱۳۹۰). هر چند ممکن است افراد در زمینه‌های مختلف متخصص باشند اما این امکان وجود دارد که در به دست آوردن، درک و استفاده از اطلاعات بهداشتی مشکل داشته باشند (Rudd, Moeykens, & Colton, 1999)؛ همان‌گونه که یک آشپز می‌تواند یک غذای خیلی خوب درست کند اما ممکن است نداند که چگونه یک غذای سالم تولید کند. افراد باسواد سلامت پایین نیز در برخورد با نظام‌های بهداشتی نوین دچار سردرگمی می‌شوند. مشکل زمانی اهمیت پیدا می‌کند که این افراد جهت رفع ابهام خود از پرسیدن سؤال‌های مختلف خجالت بکشند. سواد سلامت پایین باعث می‌شود که ارتباط پزشک و بیمار ضعیف باشد.

^۱Health Literacy

در این حالت درک اطلاعات ارائه شده توسط پزشک برای بیمار مشکل می‌شود، به حدی که ممکن است سلامتی وی به خطر بیفتد. طبق یک بررسی که در سال ۱۹۹۶ انجام شد، ثابت شده است که سواد سلامت پایین با انواع متعدد پیامدهای نامطلوب بهداشتی و استفاده نامناسب از خدمات بهداشتی ارتباط دارد (kutner, Greenberg, & Baer, 2006). این پیامدها شامل بستری شدن بیشتر، استفاده بیشتر از خدمات اورژانس، مصرف بیشتر داروها، توانایی کمتر برای مصرف مناسب داروها، درک نکردن برچسب‌های دارویی و پیام‌های بهداشتی و گزارش‌دهی ضعیف از وضعیت سلامت خود می‌شود (Chew, Bradley, & Boyko, 2004). افراد با سواد سلامت پایین اطلاعات شفاهی و نوشتاری که بوسیله پزشکان، پرستاران و بیمه‌گران داده می‌شود را به خوبی درک نمی‌کنند، نمی‌توانند طبق رویه‌ها و دستورهای لازم مانند برنامه‌های دارویی عمل کنند و قادر نیستند خدمات بهداشتی مورد نیاز خود را در نظام‌های بهداشتی به دست آورند. این افراد دانش کمی درباره شرایط درمانی داشته و از خدمات پیشگیرانه، کمتر استفاده می‌کنند. این مسأله به گونه‌ای است که سواد سلامت پایین بر همه بخش‌های جمعیتی بدون توجه به جنس، سن، نژاد، تحصیلات و یا سطح درآمد تأثیر گذار شده است (Cho, Lee, Arozullah, & Crittenden, 2008).

علاوه بر موارد بالا، بیماران برای مشارکت در تصمیم‌گیری‌های درمانی، تمایل دارند تا درباره بیماری خود، تشخیص علائم و روش‌های درمانی و عوارض هر کدام از شیوه‌های درمان اطلاعاتی بدست آورند. منبع اولیه اطلاعات برای آنان، پزشکان و متخصصان حرفه سلامت هستند. اما این متخصصان همیشه قادر نیستند تا تقاضای بیماران را برآورده کنند، چرا که زمان محدودی در اختیار دارند و یا ممکن است از مهارت‌های ارتباطی ضعیفی برخوردار باشند. بنابراین به این بیماران توصیه می‌شود از منابع آموزش نوشتاری که دارای آخرین اطلاعات درباره بیماری، پیشگیری، درمان و بازگرداندن سلامتی است، استفاده کنند.